**SZÜLŐI NYILATKOZAT**

(**12/1991. (V.18.) NM rendelet alapján)**

**a táborozásban résztvevő kiskorú gyermek**

**egészségügyi alkalmasságáról**

Gyermek neve: …………………………………………………………………………………

Gyermek születési dátuma: …………………………………………………………………….

Gyermek lakcíme: ……………………………………………………………………………...

Gyermek édesanyjának neve: …………………………………………………………………..

Alulírott nyilatkozom arról, hogy

- gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

*láz,*

*torokfájás,*

*hányás,*

*hasmenés,*

*bőrkiütés,*

*sárgaság,*

*egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés,*

*váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás,*

- gyermekem tetű- és rühmentes.

Tudomásul veszem, hogy gyermekem az erdőben kullancscsípésnek ki van téve, ezért a tábori napok után rendszeresen át kell vizsgálnom.

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: ……………………………………………..

lakcíme: …………………………………………………………………………………………

telefonos elérhetősége: ………………………………………………………………………….

A nyilatkozat kiállításának dátuma\*: 2025 ………………(hó)…………(nap)

……………………………………

törvényes képviselő aláírása

\* Kiállítandó a tábor kezdőnapja előtti 4 napon belül. A kitöltött nyilatkozatot a táborozás első napján a táborban kell leadni!